

様式第1号（第6条関係）

国保税 納入状況	6年度	
	7年度	

魚津市国民健康保険

生活習慣病ドック利用申込書兼同意書

被保険者記号番号	
(ふりがな) 申 込 者 名	
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
実施医療機関名	浦田クリニック ・ 富山労災病院
受 検 希 望 月	令和 年 月
<p>上記のとおり生活習慣病ドックを利用したく申し込みます。 また、私の世帯の国民健康保険税の納付状況について確認すること 及び申込者の検査結果並びに精密検査の結果について、実施医療機関 が魚津市に情報提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主 住所 魚津市 氏名 (TEL)</p> <p>魚 津 市 長 宛</p>	
※ 承認番号 第 号	※ 承認年月日 年 月 日

※印は申込者で記入しないでください。